# Programme scientifique

# LILLE

GRAND PALAIS

## 81ème Réunion scientifique de la SFODF

28, 29 et 30 mai 2009

## « Les biomatériaux en orthopédie dento-faciale »

Présidents de session :
Chantal et Michel DANGUY

sfodf
Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale

10, rue Déodat de Séverac - 75017 Paris
Tél. + 33 1 43 80 72 26 - Fax + 33 1 48 88 04 66
Email : sfodf@wanadoo.fr

# Composition des comités

## Présidents
Chantal et Michel Danguy

## Comité d'honneur
Arlette Doual
Maurice Laude
Yves Van Besien

## Comité d'organisation
Chantal Danguy
Michel Danguy
Michelle Kranner-Gondé

## Président du comité scientifique
Michel Danguy

## Comité scientifique
Jean-Jacques Aknin
Guy Bounoure
Max Crocquet
Chantal Danguy
Thierry de Coster
Marie-Pierryle Filleul
Jean-Michel Foucart
Jean-Luc Leger
Olivier Mauchamp
Pierre Planché
Olivier Sorel
Jacques Talmant

## Communications affichées et tables cliniques
Marie-Pierryle Filleul

## Comité de rédaction
**Responsable du rapport : Max Crocquet**
Ouafae Azmi
Ouarda Benhammadi
Edouard Decrucq
Mohannad Derki
Narimen Djerbi
Juliette Dessein-Pinet
Thomas Devisse
Anne Devulder - Saldana
Claire Dubois
Yassir El Jabri
Hélène Geyselinck
Audrey Gondy
Hugues Lawniczak
Guillaume Lecocq
Stéphanie Malinowski
Loubna Moutaabbid
Anne-Frédérique Nemayer
Aurélie Pic
Guy Pindi
Edouard Portier
Hervey Rakotomalala
Olivier Sergent
Bertrand Szustakiewicz
Mohammed-Yaman Swead
Justine Tronet
Axelle Vassal
Kesavan Veerasamy

## Sommaire


| | |
|---|---|
| Mot de bienvenue | p. 3 |
| Synopsis | p. 4 |
| Jeudi 28 mai | p. 8 |
| Vendredi 29 mai | p. 10 |
| Samedi 30 mai | p. 16 |
| Communications affichées | p. 19 |
| Liste des Exposants et plan | p. 21 |
| Programme social | p. 23 |
| Informations générales | p. 24 |
| Liste des conférenciers | p. 26 |
| Résumés | p. 28 |




# Bienvenue à Lille !

Nous nous faisons une joie de vous recevoir pour ce 81ème congrès de la SFODF, à Lille. En 1978, Lille avait accueilli ce même congrès, présidé par notre Maître Henri Coornaert. Le thème scientifique était «la dysharmonie cranio-mandibulaire».

Le thème proposé cette année «les biomatériaux en ODF» n'a jamais été traité, et nous nous sommes efforcés de vous apporter un maximum de connaissances. Nous remercions très chaleureusement l'équipe Lilloise qui a pris ce rapport en charge et Max Crocquet, responsable et coordonateur.

Le Rapport de ce congrès, en abordant un sujet neuf, mais ô combien d'actualité clinique quotidienne, propose une prise de conscience des professionnels dans l'utilisation des biomatériaux. Ce thème fera l'objet de nombreuses conférences. Mais préalablement, nous aurons la chance de suivre la séance inaugurale présentée par M. Laude, «Les Petits Maîtres de l'enfance», une conférence artistique où peinture et musique se joindront harmonieusement.

D'autres thèmes seront également présentés par des conférenciers nationaux et internationaux de renom. V. Lesne assure, comme à l'accoutumée, la séance sur les fentes faciales. Lors de cette session, les conférenciers traiteront des fentes bilatérales. De nombreux confrères présentent également des communications libres ou des communications affichées sur des sujets varia.

D. Chilles et O. Sorel animeront, chacun, un atelier : l'un sur la mise en place et l'utilisation des vis corticales courtes, l'autre sur le collage sans mordançage.

Le congrès s'achèvera, le samedi après-midi, avec le cours post-congrès animé par V. Cacciafesta, qui traitera de l'orthodontie linguale en utilisant une méthode simplifiée sans recours au laboratoire.

Nos assistantes dentaires pourront participer à la séance sur le collage et nos amis orthésistes à celle sur les soudures au laser, la taille des moulages et des divers appareils pour traiter les apnées du sommeil.

Les fournisseurs, nos partenaires, sont venus nombreux et, afin que la convivialité soit au rendez-vous, les déjeuners se prendront au sein de l'exposition commerciale.

Le repas de Gala aux Gobelins, (à Roubaix) ancienne église du XVIIIe siècle, d'inspiration Renaissance italienne, est un lieu magique où l'histoire résonne encore. Cette soirée sera animée par José Ambre et Eva Di Battista qui présenteront un spectacle en cht'i.

Un programme de visites du très beau Musée des Beaux Arts et du Vieux Lille est prévu pour les accompagnants.

Même si le temps est compté, visitez notre belle ville de Lille. Après Lille 2004, capitale européenne de la culture, Lille 3000, plus exactement cette année LILLE XXL, part à la découverte d'une Europe modifiée après la chute du mur de Berlin et nous invite à la découverte des cultures.

Nous vous attendons nombreux !

Chantal Danguy, co-présidente du congrès

## Jeudi 28 Mai

| | Amphithéâtre Vauban | Salle Artois |
|---|---|---|
| 10:00 | Accueil | |
| 10:15 | Conférence inaugurale | |
| 11:00 | Présentation du rapport par le comité de rédaction de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Lille et argumentations | |
| **12:30** | **Déjeuner au sein de l'exposition** | |
| 14:00 | Nouveaux horizons dans l'orthodontie de l'adulte | **Séance pour les orthésistes** La taille des moulages et crochets Adams |
| 14:45 | Comment intégrer les connaissances fondamentales sur les ATM dans nos traitements orthopédiques, orthodontiques et chirurgicaux ? | Soudure laser en orthodontie |
| **15:30** | **Pause et visite de l'exposition** | |
| 16:00 | Développement d'un nouvel arc à forces faibles | « SNORLIGHT » l'OAM dans le syndrome d'apnées du sommeil et du ronflement. |
| 16:45-17:30 | Les systèmes auto-ligaturants | Différents types d'orthèses pour le traitement du SAOS, avantages et inconvénients |
| 17:30-18:15 | Utilisation optimisée des arcs en Nickel Titane | |
| 18:30 | Cocktail des Présidents au sein de l'exposition | |
| 20:00 | Soirée des étudiants | |





## Vendredi 29 Mai

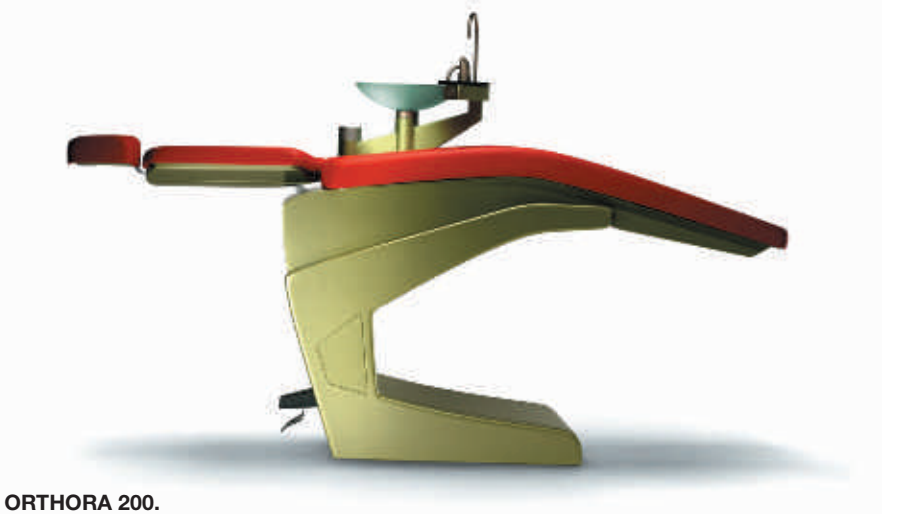
| | Amphithéâtre Pasteur | Salle Artois | Amphithéâtre Eurotop | Salle Hainaut |
|---|---|---|---|---|
| 9:00 | Réponses des rapporteurs aux argumentations | **Séance pour les assistantes dentaires** Les collages : direct et indirect | Communications libres | Commission des communications affichées |
| 9:45 | Le traitement des tissus mous et du nez dans la chirurgie orthognathique | | | |
| **10:30** | **Pause et visite de l'exposition** | | | |
| 11:00 | Les retraitements en chirurgie orthognathique en cas d'échec esthétique | Les collages : direct et indirect | Communications libres | Commission des communications affichées |
| 11:45 | La prise en charge des grandes oligodonties : une thérapeutique multidisciplinaire (orthodontie, chirurgie orthognathique et prothèse implanto-portée) | | | |
| **12:30** | **Déjeuner au sein de l'exposition** | | | |
| 14:00 | Le collage en orthodontie : faits et méfaits | Le traitement des fentes bilatérales | Communications libres | **Atelier n°1** ` Mise en place et utilisation de vis corticales courtes comme ancrage squelettique temporaire fiable et polyvalent |
| 14:45 | Les risques biologiques liés aux matériaux de collage en orthodontie | | | |
| **15:30** | **Pause et visite de l'exposition** | | | |
| 16:00 | Matériovigilance, risques juridiques | Le traitement des fentes bilatérales (jusqu'à 17h40) | Communications libres (jusqu'à 17h40) | **Atelier n°2** Mise en place et utilisation de vis corticales courtes comme ancrage squelettique temporaire fiable et polyvalent |
| 16:45-17:30 | La réutilisation des dispositifs | | | |
| 17:30-18:00 | Remise des prix des deux meilleures communications affichées | | | |
| 18:00-19h00 | | | Assemblée générale de la SFODF | |
| 20:30 | Dîner de gala aux Gobelins (sur inscription) | | | |

# Synopsis

## Samedi 30 Mai

| | Amphithéâtre Pasteur | Salle Artois | Salle Hainaut |
|---|---|---|---|
| 9:00 | Fonctions oro-faciales, posture, représentations spatiales | Communications libres | **Atelier n°3** Le collage sans mordançage |
| 9:45 | La douleur en Orthopédie Dento-Faciale : aspects psychanalytiques | | |
| **10:30** | **Pause et visite de l'exposition** | | |
| 11:00 | Les vis corticales courtes placées en fond de vestibule : un système d'ancrage squelettique temporaire simple, fiable et polyvalent | Communications libres | **Atelier n°4** Le collage sans mordançage |
| 11:45 | Les ancrages squelettiques temporaires en pratique quotidienne. Exemple des mini-vis Tomas : indications, procédures, biomécanique et applications cliniques | | |
| 12:30 | Fin du congrès | | |
| 12:30-14:00 | Déjeuner libre | | |
| 14:00-17:00 | ***Cours post-congrès*** ***Technique linguale simplifiée*** L'orthodontie linguale par une méthode simplifiée (sans recours au laboratoire pour des praticiens confirmés ou pour des débutants en technique linguale) | | |



**Soit ORTHORA 200.**
Si vous recherchez un poste de travail ODF ergonomique, au design de qualité et adapté à votre technique de travail personnelle, nous vous recommandons l'ORTHORA 200 et ses 4 concepts de poste de travail, une gamme complète d'accessoires et 40 coloris pour le rembourrage et plus de 200 coloris pour le socle.

**Ou MIGMA 200.**
Si vous recherchez un malaxeur préparant des pâtes à empreintes soyeuses et mélangeant l'alginate en quelques secondes sans former de bulles, nous vous recommandons le MIGMA 200.

MIKRONA
**The Swiss Dental Technology**

**Ou encore ORTHORA 200 et MIGMA 200.**
Pour en savoir plus sur nos produits, nous vous recommandons de visiter le site www.mikrona.com.

**MIKRONA TECHNOLOGIE AG**
**CH-8957 Spreitenbach, T +41 56 418 45 45, F +41 56 418 45 00, swiss@mikrona.com**

## Amphithéâtre Vauban

| | |
|---|---|
| *10h00-12h30* | **Amphithéâtre Vauban** |
| *10h00* | Accueil par Chantal et Michel Danguy |
| *10h15* | "Les petits maîtres de l'enfance"<br>*Conférence inaugurale, M. Laude* |
| *11h00* | Présentation du rapport par le comité de rédaction de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Lille et argumentations |
| 12h30-14h00 | Déjeuner au sein de l'exposition |
| *14h00-15h30* | **Amphithéâtre Vauban**<br>*Présidents de séance : H. Blocquel, J.P. Loreille* |
| 14h00 | Nouveaux horizons dans l'orthodontie de l'adulte*<br>*V. Cacciafesta (Pavie, Italie)* |
| 14h45 | Comment intégrer les connaissances fondamentales sur les ATM dans nos traitements orthopédiques, orthodontiques et chirurgicaux ?<br>*A. Patti (Vérone, Italie)* |
| 15h30-16h00 | Pause et visite de l'exposition |
| 16h00-18h15 | **Amphithéâtre Vauban**<br>*Présidents de séance : H. Blocquel, J.P. Loreille* |
| 16h00 | Développement d'un nouvel arc à forces faibles*<br>*C. Sander (Ulm, Allemagne)* |
| 16h45 | Les systèmes auto-ligaturants<br>*C. Dunglas* |
| 17h30 | Utilisation optimisée des arcs en Nickel Titane*<br>*L.R. Christensen (Oxford, Grande Bretagne)* |
| 18h30-20h00 | Cocktail des Présidents au sein de l'exposition |
| 20h00 | Soirée des étudiants |

* Traduction simultanée assurée par B. Mounsi





## Salle Artois

| | |
|---|---|
| 14h00-15h30 | **Salle Artois**<br>Séance pour les Orthésistes<br>*Président de séance : D. Rose* |
| 14h00 | La taille des moulages et crochets Adams<br>*M. Danguy* |
| 14h45 | Soudure laser en orthodontie<br>*B. Rose, E.Rose, A.Hammé* |
| 15h30-16h00 | Pause et visite de l'exposition |
| 16h00-17h30 | **Salle Artois**<br>Séance pour les Orthésistes<br>*Président de séance : D. Rose* |
| 16h00 | «SNORLIGHT» l'OAM dans le syndrome d'apnées du sommeil et du ronflement<br>*K. Abounader* |
| 16h45 | Différents types d'orthèses pour le traitement du SAOS, avantages et inconvénients<br>*J.J Dejonge* |
| 18h30-20h00 | Cocktail des Présidents au sein de l'exposition |
| 20h00 | Soirée des étudiants |

Amphithéâtre Pasteur

| | |
|---|---|
| 09h00-10h30 | **Amphithéâtre Pasteur**<br>*Présidents de séance : W. Bacon, E.H. Aalloula* |
| 09h00 | Réponses des rapporteurs aux argumentations |
| 09h45 | Le traitement des tissus mous et du nez dans la chirurgie orthognathique*<br>*M. Raffaini (Parme, Italie)* |
| 10h30-11h00 | Pause et visite de l'exposition |
| 11h00-12h30 | **Amphithéâtre Pasteur**<br>*Présidents de séance : W. Bacon, E.H. Aalloula* |
| 11h00 | Les retraitements en chirurgie orthognathique en cas d'échec esthétique*<br>*M. Raffaini (Parme, Italie)* |
| 11h45 | La prise en charge des grandes oligodonties : une thérapeutique multidisciplinaire (orthodontie, chirurgie orthognathique et prothèse implanto-portée)<br>*J. Ferri* |
| 12h30-14h00 | Déjeuner au sein de l'exposition |
| 14h00-15h30 | **Amphithéâtre Pasteur**<br>*Présidents de séance : M.P. Filleul, M. Crocquet* |
| 14h00 | Le collage en orthodontie : faits et méfaits<br>*M. Goldberg (INSERM)* |
| 14h45 | Les risques biologiques liés aux matériaux de collage en orthodontie<br>*I. About (IMEB)* |
| 15h30-16h00 | Pause et visite de l'exposition |
| 16h00-17h30 | **Amphithéâtre Pasteur**<br>*Présidents de séance : M.P. Filleul, M. Crocquet* |
| 16h00 | Matériovigilance, risques juridiques<br>*A. Béry* |
| 16h45 | La réutilisation des dispositifs<br>*F. Bonnin* |
| 17h30 | Remise des prix des deux meilleures communications affichées |
| 20h30 | Dîner de gala aux Gobelins (sur inscription) |



* Traduction simultanée assurée par B. Mounsi

Vendredi 29 Mai

Salle Artois

| | |
|---|---|
| 9h00-10h30 | **Salle Artois**<br>Séance pour les assistantes dentaires<br>Les collages : direct et indirect<br>*Présidents de séance : C. Bourdillat, O. Sorel* |
| 9h00 | Présentation des produits de collage<br>*M.C. Mano* |
| 9h30 | La préparation amélaire<br>*S. Medhi* |
| 10h00 | Applications au collage quotidien<br>*O. Sorel* |
| 10h30-11h00 | Pause et visite de l'exposition |
| 11h00-12h30 | **Salle Artois**<br>Séance pour les assistantes dentaires<br>Les collages : direct et indirect<br>*Présidents de séance : C. Bourdillat, O. Sorel* |
| 11h00 | Collage indirect par colle thermodurcissable :<br>déléguer, mais garder le contrôle du positionnement des attaches<br>*G. Rozencweig* |
| 11h30 | Etude filmée du collage<br>*G. Lecocq* |
| 12h00 | Le rôle de l'assistante : collage à 4 mains<br>*N. Massard* |
| 12h30-14h00 | Déjeuner au sein de l'exposition |

Salle Artois

| | |
|---|---|
| 14h00-15h30 | **Salle Artois**<br>Le traitement des fentes bilatérales<br>*Présidents de séance : M.P. Vazquez, C. Lesne* |
| 14h00 | Cheïlorhinoplastie primaire néonatale avec respect du frein de lèvre : une approche fonctionnelle<br>*P. Pellerin* |
| 14h30 | Cheïloplastie primaire en un temps après repositionnement orthopédique du prémaxillaire<br>*B. Morand* |
| 14h50 | Positionnement du prémaxillaire dans le traitement des fentes bilatérales - Film |
| 15h00 | La prise en charge orthophonique<br>*M. Arnoldi* |
| 15h20 | Discussions |
| 15h30-16h00 | Pause et visite de l'exposition |
| 16h00-17h40 | **Salle Artois**<br>Le traitement des fentes bilatérales<br>*Présidents de séance : M.P. Vazquez, C. Lesne* |
| 16h00 | Bilan dentaire et perspectives<br>*C. Lesne* |
| 16h15 | Interception et fentes bilatérales, la prise en charge lilloise<br>*G. Pindi* |
| 16h30 | La prise en charge orthodontique des fentes bilatérales<br>*V. Lesne* |
| 16h45 | La prise en charge orthodontico-chirurgicale<br>*V. Lesne, B. Morand* |
| 17h15 | La rhino-cheïloplastie : geste final de réhabilitation des fentes labio-narinaires<br>*P. Pellerin* |
| 17h30 | Discussions |
| 20h30 | Dîner de gala aux Gobelins (sur inscription) |



Vendredi 29 Mai

Amphithéâtre Eurotop

| | |
|---|---|
| 9h00-10h30 | **Amphithéâtre Eurotop**<br>Communications libres<br>*Présidents de séance : J. Talmant, J.L. Léger* |
| 9h00 | La basse friction, un gage de non extraction ? Discussion sur des cas cliniques<br>*J.P Ringard* |
| 9h25 | La coopération entre orthodontie et implantologie<br>*A.K Hammoumi* |
| 9h45 | Morphologie sagittale d'une population sénégalaise : intérêt d'une approche téléradiographique basée sur les entités trigéminales<br>*J.S Diouf* |
| 10h05 | Les mini-vis : modélisation de la région molaire maxillaire à l'aide du NewTom 3G®<br>*M. Dumitrache* |
| 10h30-11h00 | Pause et visite de l'exposition |
| 11h00-12h30 | **Amphithéâtre Eurotop**<br>Communications libres<br>*Présidents de séance : J. Talmant, J.L. Léger* |
| 11h00 | Caractérisation des fils orthodontiques à base de nickel titane<br>*Y. Bolender* |
| 11h25 | Biointégration des mini-vis orthodontiques : comparaison de deux systèmes chez l'animal<br>*K. Gritsch* |
| 11h50 | Biomatériaux et orthodontie : recherches appliquées aux problématiques cliniques<br>*B. Grosgogeat* |
| 12h10 | Orthèse d'avancement mandibulaire : une solution thérapeutique du syndrome d'apnées obstructives du sommeil<br>*S. Sebille-Elhage, C. Monaca* |
| 12h30-14h00 | Déjeuner au sein de l'exposition |

Amphithéâtre Eurotop

| | |
|---|---|
| 14h00-15h30 | **Amphithéâtre Eurotop**<br>Communications libres<br>*Présidents de séance : P. Planché, I. Zetu* |
| 14h00 | Utilisation d'un implant trans-zygomatique comme pilier orthodontique et pilier pour une réhabilitation mixte<br>*A. Khamaktchian* |
| 14h25 | C'est bien le bas qu'il faut descendre !<br>*F. Frindel* |
| 14h50 | Genèse de la supraclusion<br>*E. Decrucq* |
| 15h10 | Plaidoyer pour les traitements de la supraclusion<br>*Y. El Jabri* |
| 15h30-16h00 | Pause et visite de l'exposition |
| 16h00-17h40 | **Amphithéâtre Eurotop**<br>Communications libres<br>*Présidents de séance : P. Planché, I. Zetu* |
| 16h00 | Traitement des grands décalages de Classe II. Transformer une Classe II à croissance défavorable en Classe I à croissance harmonieuse et esthétique. Intérêt du PUL « Propulseur Universel Light »<br>*E. Callabe* |
| 16h25 | La bielle « contre résistance » - biomécanique et applications<br>*S. Valero* |
| 16h50 | L'espace de rotation condylien et relation centrée par infographie et animation 3D<br>*P. Harb* |
| 17h10 | Données actuelles sur le VIH et les risques de contamination au cabinet d'orthodontie<br>*J.P Loreille* |
| 17h35 | Contraction mandibulaire et correction des anomalies squelettiques transversales<br>*P. Bouletreau* |
| 18h00-19h00 | **Amphithéâtre Eurotop**<br>Assemblée générale de la SFODF |
| 20h30 | Dîner de gala aux Gobelins (sur inscription) |



Vendredi 29 Mai

Salle Hainaut

| | |
|---|---|
| 9h00-10h30 | **Salle Hainaut**<br>Commission des communications affichées<br>*M.P. Filleul* |
| 10h30-11h00 | Pause et visite de l'exposition |
| 11h00-12h30 | **Salle Hainaut**<br>Commission des communications affichées<br>*M.P. Filleul* |
| 12h30-14h00 | Déjeuner au sein de l'exposition |
| 14h00-15h30 | **Salle Hainaut**<br>**Atelier n° 1**<br>Mise en place et utilisation de vis corticales courtes comme ancrage squelettique temporaire fiable et polyvalent<br>*D. Chillès (sur inscription, nombre de places limité)* |
| 15h30-16h00 | Pause et visite de l'exposition |
| 16h00-17h30 | **Salle Hainaut**<br>**Atelier n° 2**<br>Mise en place et utilisation de vis corticales courtes comme ancrage squelettique temporaire fiable et polyvalent<br>*D. Chillès (sur inscription, nombre de places limité)* |
| 20h30 | Dîner de gala aux Gobelins (sur inscription) |

Amphithéâtre Pasteur

| | |
|---|---|
| 9h00-10h30 | **Amphithéâtre Pasteur**<br>*Présidents de séance : T. de Coster, R. Mathis* |
| 09h00 | Fonctions oro-faciales, posture, représentations spatiales<br>*J. Honoré (CNRS), H. Lawniczak* |
| 09h45 | La douleur en Orthopédie Dento-Faciale : aspects psychanalytiques<br>*M.G. Choukroun* |
| 10h30-11h00 | Pause et visite de l'exposition |
| 11h00-12h30 | **Amphithéâtre Pasteur**<br>*Présidents de séance : T. de Coster, R. Mathis* |
| 11h00 | Les vis corticales courtes placées en fond de vestibule : un système d'ancrage squelettique temporaire simple, fiable et polyvalent<br>*D. Chilles* |
| 11h45 | Les ancrages squelettiques temporaires en pratique quotidienne. Exemple des mini-vis Tomas : indications, procédures, biomécanique et applications cliniques<br>*S. Renger* |
| 12H30 | Fin du congrès |
| 12h30 - 14h00 | Déjeuner libre |





Salle Artois

| | |
|---|---|
| 9h00-10h30 | **Salle Artois**<br>Communications libres<br>*Présidents de séance : J.J. Aknin, A. Manière* |
| 9h00 | Management - les secrets des équipes performantes<br>*P. Steichen* |
| 9h25 | Greffe de cellules souches neurales adultes et partage d'une perte de substance nerveuse. Etude sur le modèle porcin<br>*O. Liard* |
| 9h50 | Le relargage des appareils multi-attaches et les bains de bouche fluorés<br>*M. Raberin* |
| 10h10 | Spécificités de la préparation chirurgicale dans la prise en charge des syndromes d'apnée obstructive du sommeil<br>*S. Chauty* |
| 10h30-11h00 | Pause et visite de l'exposition |
| 11h00-12h30 | **Salle Artois**<br>Communications libres<br>*Présidents de séance : J.J. Aknin, A. Manière* |
| 11h00 | Jusqu'où l'orthodontie peut-elle aller dans la recherche de la normalité ?<br>*C. Pujol* |
| 11h25 | Anodontie versus surnuméraires<br>*I. Zetu* |
| 11h50 | Utilisation de l'orthodontie dans les traitements parodontaux de l'adulte : vers de nouveaux paradigmes<br>*E. Labassy* |
| 12h10 | Comment améliorer nos finitions ?<br>*N. Ketata* |
| 12H30 | Fin du congrès |
| 12h30 - 14h00 | Déjeuner libre |
| 14h00 - 17h00 | **Salle Artois**<br>**Cours post-congrès**<br>Technique linguale simplifiée*<br>*V. Cacciafesta*<br>L'orthodontie linguale par une méthode simplifiée (sans recours au laboratoire pour des praticiens confirmés ou pour des débutants en technique linguale) |

* Traduction simultanée assurée par B. Mounsi

Salle Hainaut

| | |
|---|---|
| 9h00-10h30 | Salle Hainaut<br><br>**Atelier n° 3**<br>Le collage sans mordançage<br>*O. Sorel (sur inscription, nombre de places limité)* |
| 10h30-11h00 | Pause et visite de l'exposition |
| 11h00-12h30 | Salle Hainaut<br><br>**Atelier n° 4**<br>Le collage sans mordançage<br>*O. Sorel (sur inscription, nombre de places limité)* |
| 12H30 | Fin du congrès |
| 12h30 - 14h00 | Déjeuner libre |





## Hall d'exposition Lille Métropole

1. Minis-vis d'ancrage et contraintes mécaniques
   *H. Beauval, P. Millet, A. Lodini*
   Université de Reims

2. Conception d'un protocole de recherche biomédicale évaluant l'efficacité des mini-vis d'ancrage squelettique
   *N. Bouazza-Grossias, C. Marchal-Sixou, M. Sixou*
   Université de Toulouse

3. Les différentes attaches utilisées en orthodontie linguale – critères de choix cliniques
   *S. Bouchonneau*
   DUOL - Université Claude Bernard - Lyon

4. Formation universitaire en orthodontie dans l'Union Européenne
   *M. Deliere*
   Université de Toulouse

5. Bien choisir sa salive artificielle lors d'essais de corrosion
   *B. Egloff [1], O. George [1,2], C. Rapin [1,2], Y. Bolender [1,2], M.-P. Filleul [1,2]*
   (1) Faculté d'Odontologie. Université Henri Poincaré de Nancy
   (2) Département Chimie et Physique des Solides et des Surfaces (CP2S). Equipe 206 : Surface et Interface, réactivité chimique des matériaux. Faculté des Sciences et Techniques.
   Université Henri Poincaré de Nancy

6. La dureté des brackets : effets de leur composition et de leur mode de fabrication
   *I. Ioannidou-Marathiotou*
   Aristotle University of Thessaloniki, Grèce

7. Système manducateur et posture : effet d'une stimulation vibratoire du masséter
   *J. Mailly, O. Sergent, H. Lawniczak, J. Honoré, M. Danguy*
   Laboratoire de Morphologie cranio-faciale, Lille
   Laboratoire des Neurosciences fonctionnelles et pathologies, UMR 8160 CNRS, Lille

8. Démarche médico-légale dans le traitement orthodontique adulte à visée esthétique
   *A. Riffault*
   Université Henri Poincaré de Nancy

9. Les atouts des arcs en niti
*J. Siam*
Université Lille 2

10. Le guide de positionnement mandibulaire
*S. Valero*

11. Le profil de la vierge Marie dans le statuaire médiéval de la cathédrale de Strasbourg
*T. Werli, N. Meyer, W. Bacon*
Faculté de Chirurgie Dentaire, Strasbourg

12. Acide folique et fentes oro-faciales ?
*J. Wolff [2], F. Perrin-Schmitt [1], P. Tschill [1,2], R. Mathis [2], W. Bacon [2]*
(1) INSERM U595, Faculté de Médecine, ULP, Strasbourg
(2) Faculté de Chirurgie Dentaire, Strasbourg

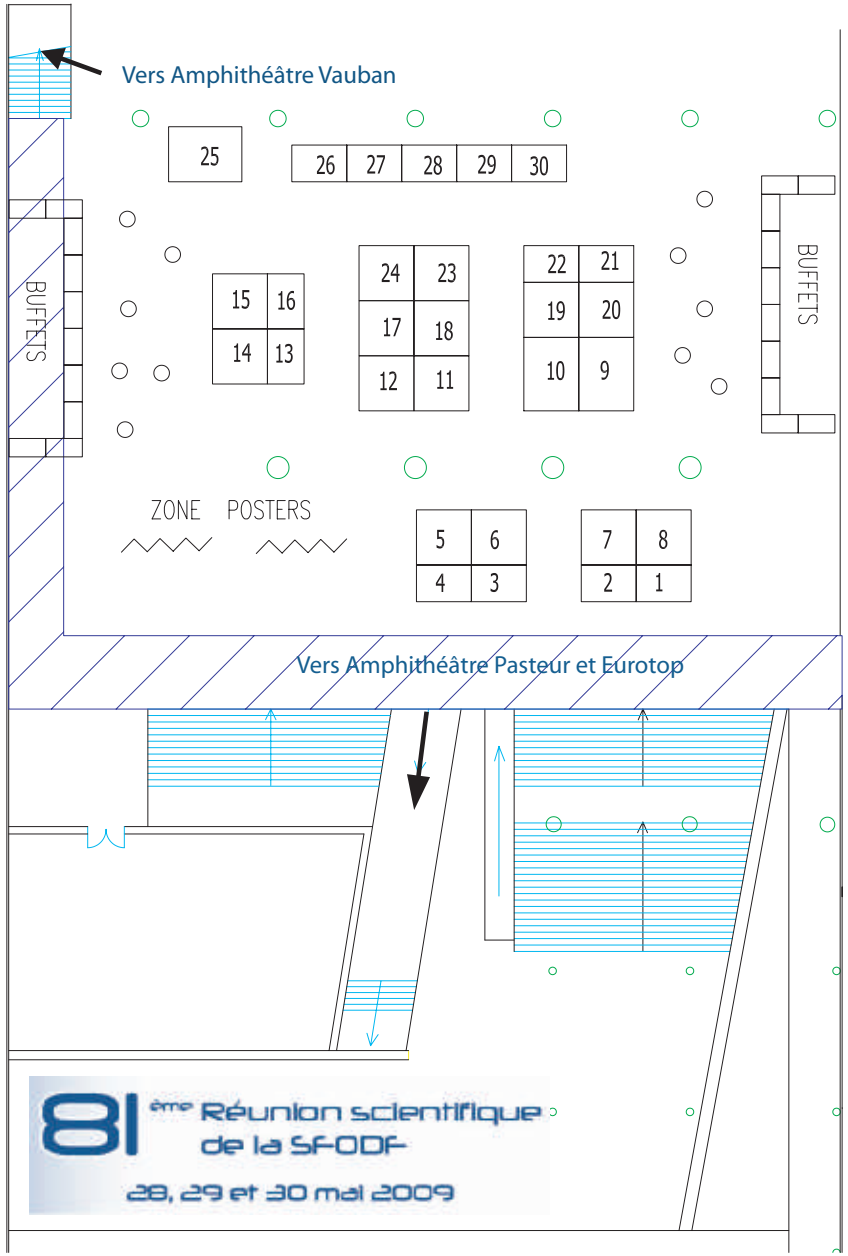
**Vendredi 29 mai**

**Commission des tables de démonstration,**
**des cas traités et des communications affichées**
**Salle Hainaut, de 9h00 à 12h30**

**Présentation des communications affichées**
**Hall d'exposition Lille Métropole**
**Rendez-vous avec les auteurs, de 15h30 à 16h00**

**Remise des prix des deux meilleures communications affichées**
**Amphithéâtre Pasteur, à 17h30**

| Sociétés | n° Stand |
|---|---|
| 3M UNITEK | 24 |
| 3MC CONCEPT | 22 |
| AFPPCD - IDF | 1 |
| ALIGN TECHNOLOGY | 25 |
| AMERICAN ORTHODONTICS | 4 |
| DELTEX | 18 |
| DENTAURUM | 6 |
| DENTSPLY GAC | 12 |
| DKL | 10 |
| ECLAT D'OR | 29 |
| EDP SCIENCES | 3 |
| FORESTADENT | 17 |
| GABA | 19 |
| INTERSYSTEMES | 2 |
| LABORATOIRES NARVAL | 7 |
| LES CAVES DU PALAIS | 28 |
| PIERRE FABRE | 11 |
| ODONTEC LEONE | 26 |
| ORMODENT | 23 |
| ORTHALIS | 30 |
| ORTHOPLUS | 14 |
| PLANMECA FRANCE | 9 |
| R.M.O. EUROPE | 20 |
| SFODF | 5 |
| SIRONA DENTAL SYSTEMS SAS | 15 |
| SITECH | 13 |
| SOCIETE DES CENDRES | 16 |
| SWING TECHNOLOGIES | 8 |
| TEKKA | 27 |
| VELOPEX | 21 |






## Programme Social

### Cocktail des Présidents

*Jeudi 28 mai*

18h30 à 20h00
Espace Exposition - Hall Lille Métropole

### Soirée des étudiants - Ormodent

*Jeudi 28 mai*

20h00

### Dîner de Gala

*Vendredi 29 mai*

20h30
Espace Gobelins à Roubaix
Spectacle « Les Carabistouilles »
Départ des bus à 20h00, de Lille Grand Palais

## Programme accompagnants

### Jeudi 28 mai

12h30 déjeuner dans un restaurant du centre ville,
suivi par une visite guidée du vieux Lille de 14h30 à 16h30

### Vendredi 29 mai

12h30 déjeuner dans un restaurant du centre ville,
suivi par une visite guidée du Palais des Beaux Arts de 14h30 à 16h30

Rendez-vous à 12h00 dans le Hall du Palais des Congrès, devant les banques d'accueil.

## Lieu du Congrès

*Lille Grand Palais*
1, Boulevard des Cités-Unies - 59 000 Lille
Tél. : +33 (0)3 20 14 15 16 - Fax : +33 (0)3 20 14 14 14

## Accès

### Train

Lille possède deux gares, distantes de 400 mètres, situées en centre ville et desservies par le métro et le tramway. Elles se trouvent à 5 minutes à pied de Lille Grand Palais (Métro : Lille Grand Palais, Lille Flandre et Mairie de Lille)

***Gare Lille Flandres :***
TER et TGV directs pour Paris.

***Gare Lille Europe :***
Eurostar pour Londres et Bruxelles, TGV directs pour l'aéroport de Roissy, Paris et toutes les grandes villes françaises.

### Avion

L'aéroport international de Lille-Lesquin se trouve à 10 km du centre de Lille.
Il est desservi par des navettes gratuites (une par heure, jusqu'à 22h - trajet 20 min).

### Voiture

Lille se situe à la croisée de 5 autoroutes :

A1 (Paris)
A22 (Gand - Anvers - Amsterdam)
A23 (Valenciennes)
A25 (Dunkerque - Calais)
A27 (Bruxelles)

### Hébergement

Pour effectuer vos réservations hôtelières, veuillez remplir et adresser le formulaire d'hébergement disponible sur le site www.b-c-a.fr/sfodf2009.

*A.T.I.*
46 rue Lauriston
75016 PARIS
Tel : 01 47 27 15 15
Fax : 01 44 05 01 48
Email : sfodf2009@ati-abotel.com

### Transport

AIR FRANCE
TRANSPORTEUR OFFICIEL OFFICIAL CARRIER

Agrément à préciser lors de l'achat de votre billet : 04331AF validité du 23/05/2009 au 04/06/2009

SNCF

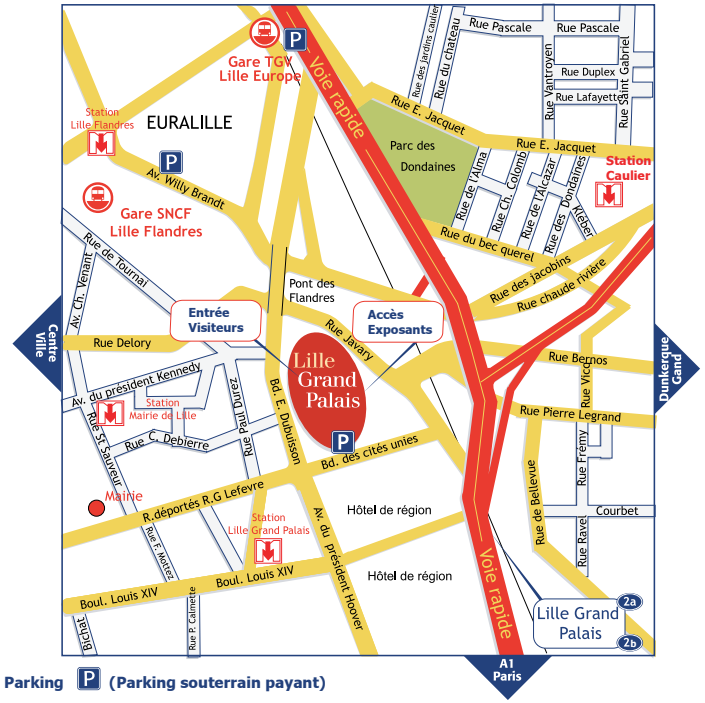
Un coupon de réduction SNCF est disponible sur simple demande auprès du service inscription de BCA





## Accueil

# LES ACCES A LILLE GRAND PALAIS




**Sortie N°2A : Parking (P) (Parking souterrain payant)**

**Sortie N°2B : Accès parking Exposants et Livraisons**

### Horaires du Congrès

*Jeudi 28 mai*
De 10h00 à 20h00

*Vendredi 29 mai*
De 9h00 à 18h00
De 18h00 à 19h00 Assemblée Générale de la SFODF

*Samedi 30 mai*
De 9h00 à 12h30
**De 14h00 à 17h00 - Cours post-congrès**

### Langue

Une traduction simultanée est assurée par Bernard Mounsi

### Prévisualisation des Conférences

Salle de preview pour les conférenciers

# Liste des Conférenciers


## A

Khalil Abounader p. 28
Imad About p. 33
Marie Arnoldi p. 39

## B

Alain Béry p. 34
Yves Bolender p. 44
Frédéric Bonnin p. 33
Pierre Bouletreau p. 49

## C

Vittorio Cacciafesta p. 29
Elie Callabe p. 48
Sarah Chauty p. 55
Daniel Chillès p. 52
Marc Gérald Choukroun p. 51
Lars R Christensen p. 31

## D

Michel Danguy p. 28
Edouard Decrucq p. 47
Jean-Jacques Dejonge p. 28
Joseph Samba Diouf p. 43
Marius Dumitrache p. 43
Christophe Dunglas p. 31

## E

Sandrine Elhage Sebille p. 45
Yassir El Jabri p. 47

## F

Joël Ferri p. 32
François Frindel p. 46

## G

Michel Goldberg p. 32
Kerstin Gritsch p. 44
Brigitte Grosgogeat p. 45

## H

Alexandra Hammé
Anissa Kadrine Hammoumi p. 42
Philippe Harb p. 49
Jacques Honoré

## K

Mohammad-Ali Kamaktchian p. 46
Nizar Ketata p. 57

## L

Etienne Labassy p. 56
Maurice Laude
Hugues Lawniczak p. 51
Guillaume Lecocq p. 40
Catherine Lesne p. 40-41
Valentin Lesne p. 41
Olivier Liard p. 53
Jean-Paul Loreille p. 50

## M

Marie-Charlotte Mano p. 36
Nadine Massard p. 38
Sahra Medhi p. 37
Christelle Monaca
Béatrice Morand p. 39

## P

Antonio Patti p. 30
Philippe Pellerin p. 38
Guy Pindi p. 40
Cécile Pujol p. 55

## R

Monique Raberin p. 54
Mirco Raffaini p. 35
Stéphane Renger p. 52
Jean-Paul Ringard p. 42
Benoît Rose p. 29
Edouard Rose
Georges Rozencweig p. 36

## S

Christian Sander p. 30
Sandrine Sebille - Elhage p. 45
Olivier Sorel
Pascal Steichen p. 53

## V

Stéphan Valéro p. 48

## Z

Irina Nicoleta Zetu p. 56

## Jeudi, 28 Mai Salle Artois

### Khalil Abounader

### « SNORLIGHT » l'OAM dans le syndrome d'apnées du sommeil et du ronflement

L'orthèse d'avancement mandibulaire comprend une première coque pour envelopper l'arcade dentaire supérieure et une seconde coque, pour envelopper l'arcade dentaire inférieure.

L'orthèse comprend des moyens de propulsion reliant les dites premières et secondes coques. Le but est d'exercer une force de propulsion sur la seconde coque dans le sens postéro-antérieur, caractérisé par une armature articulée autorisant une propulsion voulue et demandée par le pratitien soignant, pour s'adapter à la morphologie dentaire du porteur.

Plusieures sortes d'orthèses existent sur le marché, mais celle qui nous interesse aujourd'hui est la "Snorlight"

### Jean-Jacques Dejonge

### Différents types d'orthèses pour le traitement du SAOS, avantages et inconvénients

Il existe de nombreuses orthèses conçues pour traiter le SAOS ou plus simplement la ronchopathie et cela avec plus ou moins d'efficacité. Parmi tout ce panel, nous en avons retenu six qui, par leurs différences de conceptions, couvrent la plupart des difficultés rencontrés lors de la pose de propulseur mandibulaire chez l'adulte.

Les appareils abordés seront : la bielle de Herbst, la bielle de Hinz, l'OPM, le TAP, le Snortec et le piégeur de langue.

### Michel Danguy

### La taille des moulages en ODF : pourquoi et comment

De par la technologie, les USA ont fortement influencé l'Orthopédie Dento-Faciale. Cependant, la taille des moulages proposée ne correspond pas toujours aux nécessités du praticien. Ainsi, nous préconisons une taille réalisée de manière simple et qui s'intéressera plus particulièrement à la symétrie du patient, le seul vrai référentiel étant maxillaire et non pas mandibulaire.

### Fabrication du crochet Adams

Ce crochet de rétention est particulièrement efficace. Dans cet exposé, nous aborderons le pourquoi et le comment de sa réalisation couplée à des démonstrations vidéos. La réalisation est simple avec, cependant, quelques règles et des modifications qui simplifient la réalisation et pour autant améliorent la rétention.



## Jeudi, 28 Mai Salle Artois

### Benoît Rose

### Soudure laser en orthodontie

Reconnu depuis des décennies dans l'industrie, depuis les années 90 en odonto-stomatologie, l'utilisation des lasers Nd-Yag en ODF et, plus spécialement, en laboratoire tarde à se démocratiser.

Pourtant ses domaines d'application sont multiples : soudures de fil en chrome-cobalt, de tubes ou de bagues, réparation de fractures d'appareils fixes ou amovibles, soudures proches de matériaux en résine et soudure d'alliages à base de titane.

Les réalisations actuelles font appel à la technique du brasage, méthode visant à assembler des métaux par apport d'un métal de nature différente. Il en résulte une hétérogénéité de structure, plus ou moins fiable en raison des phénomènes de corrosion qu'elle engendre. La soudure au laser peut vaincre ces obstacles et représenter pour l'avenir une nouvelle technique rapide, économique et d'une qualité remarquable pour nos travaux prothétiques.

Après avoir passé en revue les principes généraux de la soudure au laser, nous vous présenterons les avantages et les inconvénients d'une telle technique. Les diverses applications au laboratoire et au cabinet vous seront présentées par vidéos.

## Jeudi, 28 Mai Amphithéâtre Vauban

### Vittorio Cacciafesta

### Les nouveaux horizons dans l'orthodontie de l'adulte

Ces dernières années, le nombre d'adultes bénéficiant d'un traitement orthodontique complet a considérablement augmenté. Sur le plan clinique, la prise en charge du patient adulte diffère quelque peu de celle des adolescents. Ainsi, chez l'adulte, on observe plus fréquemment un certain degré d'altération de la denture, ce qui peut imposer au praticien d'adapter sa stratégie thérapeutique. Usure excessive, dents absentes=2 Oou très délabrées sont quelques unes des différences observées. Pour les patients adultes souffrant de maladie parodontale, et chez qui une partie du support gingival et osseux a fondu, une biomécanique particulière et innovante doit être employée pour provoquer le déplacement dentaire désiré. Chez l'adulte à qui il manque plusieurs dents, l'individualisation du plan de traitement, la conception de l'appareil, la mise en acte du bon système de forces requièrent parfois un certain degré de créativité pour s'adapter au caractère unique de la malocclusion à traiter. Dans cette présentation, des applications cliniques actuelles des principes biomécaniques seront ainsi présentées, en mettant tout particulièrement l'accent sur la prise en charge orthodontique des patients à denture sévèrement mutilée.

## Jeudi, 28 Mai — Amphithéâtre Vauban

### Antonio Patti

#### Comment intégrer les connaissances fondamentales sur les ATM dans nos traitements orthopédiques, orthodontiques et chirurgicaux ?

L'orthodontiste se trouve souvent, au cours de ses traitements, face à des problèmes qu'il a du mal à comprendre.

Et si l'explication était au niveau des ATM ?

Statistiquement, entre 40 et 70 % des adultes présentent des signes et des symptômes de dysfonction, mais les adolescents et les enfants ne sont pas à l'abri de ces problèmes.

Le conférencier tente d'expliquer les implications des déplacements discaux sur nos traitements orthopédiques, orthodontiques et chirurgicaux.

Pourquoi certaines thérapeutiques orthopédiques ne fonctionnent-elles pas comme on le souhaiterait ? Ou peuvent même se révéler dangereuses ? Quelles sont les précautions à prendre pour nos traitements orthopédiques ?

Comment expliquer un certain nombre de dissymétries mandibulaires ?

L'utilisation rationnelle des mécaniques de Classe II par élastiques intermaxillaires de Classe II dans les cas de déplacement discal. Quels en sont les dangers ?

Pourquoi, en cas de déplacement discal, est-il prudent de résoudre le problème d'ATM avant d'entreprendre le traitement orthodontique ?

Pourquoi dans les Classes II chirurgicales avec problème d'ATM, la chirurgie, à elle seule, ne peut pas résoudre la pathologie articulaire et peut même parfois l'aggraver ? Quelle doit être l'attitude de l'orthodontiste et du chirurgien face à ces problèmes ?

### C.hristian Sander

#### Développement d'un nouvel arc à forces faibles

Le département de recherche appliquée de l'Université d'Ulm et l'UNIP de Sao Polo (Brésil) ont analysé le phénomène de résorption radiculaire. Les résultats ont montré une corrélation in vivo entre la force appliquée et la résorption. La méthode des éléments finis a été appliquée pour déterminer quelle quantité précise de force causerait la résorption.

Ces modèles ont effectivement permis de mettre en évidence un niveau critique de force, qui provoque des résorptions. Selon la méthode des éléments finis, la résorption se produit lorsque la pression locale au sein de l'alvéole excède la pression locale dans les capillaires sanguins. Ceci peut notamment se produire avec l'emploi des dispositifs fixes, lorsque la dent est mise en pression contre la paroi alvéolaire.

Le but de cette recherche était de développer un arc délivrant des forces faibles, mais capable de déplacer des dents en douceur. L'emploi d'une force faible est d'une importance particulière en début de traitement, pour initier la cascade du remodelage osseux.



Jeudi, 28 Mai — Amphithéâtre Vauban

### L.ars R. Christensen

#### Utilisation optimisée des arcs en Nickel Titane

Cette présentation mettra en lumière les avantages mécaniques des différents alliages utilisés en orthodontie. Les qualités et les propriétés mécaniques des alliages en nickel titane sont extrêmement difficiles à évaluer pour le clinicien. L. Christensen précisera les différences existantes entre les alliages conventionnels et les alliages superélastiques activés à la chaleur. Des cas cliniques illustreront les avantages et les inconvénients de ces alliages. Un emploi clinique raisonné des arcs nickel titane sera proposé, soutenu par la présentation des travaux de l'auteur sur les différentes catégories d'arcs.

Les arc en bêta titane offrent l'avantage d'être sans nickel. Mais ils présentent également d'autres grandes qualités, comme l'illustreront de nombreux exemples cliniques.

### Christophe Dunglas

#### Les systèmes auto-ligaturants

L'utilisation de forces faibles en orthodontie permet des déplacements dentaires optimisés. Les contraintes exercées diminuent l'inconfort et nécessitent moins de coopération de la part du patient. Ces contraintes faibles sont facilement et régulièrement obtenues grâce au bracket autoligaturant passif qui garantit une friction réduite et un glissement le long de l'arc assurant des déplacements dentaires rapides, continus et simplifiés. Au total, transformer un bracket en tube et déplacer une dent de façon continue avec une force légère tout en permettant des décompensations progressives grâce au choix des informations est un challenge intéressant. Est-ce un bon moyen d'optimiser la conduite de nos traitements ? Nos habitudes s'en trouvent modifiées mais nos repères doivent-ils évoluer ? Nous tenterons d'apporter des réponses à ces questions.

Joël Ferri

## La prise en charge des grandes oligodonties : une thérapeutique multidisciplinaire (orthodontie, chirurgie orthognathique et prothèse implanto-portée)

Les oligodonties représentent une part importante des malocclusions. Les troubles engendrés par des anomalies du nombre de dents sont importants tant en fréquence qu'en conséquence. Si les pertes réduites peuvent être compensées orthodontiquement pour éviter d'avoir recours à de la prothèse, certains cas ne seront traitables que par une prise en charge complexe, comprenant un protocole orthodontico-chirurgical puis une réhabilitation implanto-portée.

L'absence de dents étant souvent accompagnée d'une insuffisance osseuse, le recours à des reconstructions est souvent nécessaire pour permettre une insertion implantaire sans difficulté. Idéalement, celle-ci doit être réalisée au cours de la chirurgie orthognathique et réduire ainsi le nombre d'actes opératoires. Par contre, l'insertion implantaire sera différée de la reconstruction osseuse (sauf dans de rares exceptions) pour assurer une insertion implantaire asservie à la prothèse.

Les implants, dans ce contexte, sont posés à l'âge adulte.

Plusieurs cas illustreront la présentation.

Michel Goldberg

## Le collage en orthodontie : faits et méfaits

Dans une première partie, nous aborderons les effets des préparations par des acides sur la surface de l'émail. Les particularités ultrastructurales et la variabilité de composition de la surface de l'émail feront que cette phase de préparation aboutira ou n'aboutira pas à un bon collage. Nous parlerons, en particulier, de l'émail atteint de fluorose, les MIH, allant en se développant dans les pays européens. Dans une deuxième partie, nous traiterons des effets des monomères libres sur le patient et sur le praticien. Les mécanismes de libération de ces monomères, leur cytotoxicité immédiate ou retardée, ainsi que les effets cellulaires seront évoqués. Leurs effets sur les tissus gingivaux seront décrits.



Vendredi, 29 Mai Amphithéâtre Pasteur

Imad About

## Risques biologiques liés aux matériaux de collage en orthodontie

Les risques biologiques liés aux matériaux de collage en orthodontie sont essentiellement dus aux monomères libres. Ces monomères peuvent être à l'origine de deux risques biologiques majeurs. Le premier est une toxicité dose dépendante due aux monomères résiduels à la suite d'une polymérisation incomplète et/ou aux monomères libérés par l'érosion du matériau de collage résultant de l'activité des estérases salivaires. L'allergie à ces matériaux de collage constitue le deuxième risque biologique. Elle est indépendante de la dose des monomères et peut entraîner des réactions cutanées amplifiées par le système immunitaire à la fois chez les patients et les cliniciens.

Cette présentation montrera les effets toxiques des matériaux sur les cellules cibles et discutera l'efficacité des gants comme moyen de protection du praticien.

Frédéric Bonnin

## La réutilisation des dispositifs

La réutilisation des dispositifs médicaux à usage unique tels les attaches orthodontiques est une pratique courante souvent encouragée par des motivations financières mais aussi écologiques.

Le tabou mérite d'être levé d'autant que les techniques de recyclage ou de remise à neuf s'avèrent fiables.

Après avoir examiné les divers procédés qui nous sont proposés, nous analyserons la question que chacun se pose : ai-je le droit de recycler mes attaches et quels risques j'encours sur le plan juridique ?

Par ailleurs, les divers protagonistes (fabricants, recycleurs) attendent de nous une position franche qui tarde à venir…

Nous vous invitons donc à participer au débat que nous lancerons sur le terrain de l'éthique afin que la profession tente d'avoir une attitude cohérente vis-à-vis de cette pratique controversée.

Alain Béry

## Matériovigilance, risques juridiques

Dans le cadre de son exercice professionnel, l'orthodontiste est de plus en plus soumis à des contraintes juridiques qui, si elles ne sont pas respectées, voient engagée la responsabilité du praticien. C'est pourquoi, dans le cadre du thème de ce congrès, il convient d'aborder la matériovigilance.

La matériovigilance est la surveillance des incidents ou des risques d'incidents résultant de l'utilisation des dispositifs médicaux définis à l'article L. 5211-1 du code de la santé publique, exercée après leur mise sur le marché (C. santé publ., art. R. 5212-1).

On entend par dispositif médical tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels intervenant dans son fonctionnement, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques, ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens.

Les dispositifs médicaux ne peuvent être importés, mis sur le marché, mis en service ou utilisés, s'ils n'ont reçu, au préalable, un certificat attestant leurs performances ainsi que leur conformité à des exigences essentielles, concernant la sécurité et la santé des patients, des utilisateurs et des tiers (Art. L. 5211-3.).

Sont signalés, obligatoirement et sans délai, les incidents ou risques d'incidents visés à l'article L. 5212-2 du code de la santé publique, c'est-à-dire ceux ayant entraîné ou susceptibles d'entraîner la mort ou la dégradation grave de l'état de santé d'un patient, d'un utilisateur ou d'un tiers (C. santé publ., art. R. 5212-14).

Donnent lieu facultativement à déclaration : les réactions nocives et non voulues se produisant lors de l'utilisation d'un dispositif médical conformément à sa destination, ou sans avoir respecté les instructions du fabricant, les dysfonctionnements ou altérations des caractéristiques ou des performances, les indications erronées, omissions ou insuffisances dans la notice d'instruction, le mode d'emploi et le manuel de maintenance (C. santé publ., art. R. 5212-15).



Vendredi, 29 Mai Amphithéâtre Pasteur

Mirco Raffaini

## Le traitement des tissus mous et du nez en chirurgie orthognathique

Depuis plus de vingt ans, la chirurgie orthognathique est devenue, en réalité, une forme élaborée de chirurgie esthétique du squelette facial. Pour bénéficier d'un résultat qui permette d'obtenir réellement la meilleure harmonisation possible des traits du visage, il est nécessaire d'intégrer aux procédures classiques, d'autres procédés de chirurgie cosmétique du nez et des tissus mous en un seul acte chirurgical.

Il est bien connu que l'ostéotomie de Le Fort peut produire un bouleversement de la morphologie nasale. Voilà pourquoi, il est nécessaire de modifier la technique chirurgicale d'ostéotomie classique afin de minimiser les effets sur le nez et pour pouvoir, dans ce même temps, exécuter la rhinoplastie.

Les tissus mous du visage sont, eux aussi, souvent altérés, soit originellement ou modifiés par les procédures de chirurgie orthognathique : la saillie des paumettes, l'épaisseur et le tonus des lèvres, l'épaisseur des joues et des tissus péri-mandibulaires sont souvent imparfaits. Pour corriger l'un ou l'autre de ces éléments, diverses techniques de chirurgie orthognathique et de chirurgie esthétique sont utilisées simultanément : les sutures musculaires, la transposition du gras de la joue, les micro-auto-greffes de graisse. Puisqu'il s'agit de procédés simples et de grande efficacité morphologique, il convient de toujours les associer à la chirurgie squelettique pour en optimiser les résultats au niveau fonctionnel comme au niveau esthétique.

## Le retraitement de la chirurgie orthognathique en cas d'échec esthétique

La chirurgie orthognathique, de nos jours, doit être considérée au-delà d'une chirurgie fonctionnelle de l'appareil stomatognatique, comme une forme élaborée de chirurgie esthétique du squelette facial. En effet, elle représente souvent la seule solution à des défauts esthétiques du visage faisant suite à un traitement orthodontique d'une malocclusion, ou à une intervention de chirurgie esthétique sans autre contexte.

Il faut, toutefois, considérer qu'une chirurgie orthognathique, bien effectuée au niveau technique avec des résultats occlusaux et fonctionnels optimaux, peut engendrer des résultats esthétiques insuffisants. L'obtention de tels résultats peut être considérée comme un échec, surtout si l'insatisfaction vient du patient.

Quand une chirurgie orthognathique ne satisfait pas les exigences esthétiques, la seule possibilité pour résoudre le problème réside en une seconde intervention d'ostéotomie maxillaire ou mandibulaire, ou de double ostéotomie. Comme il existe peu de publications sur ce sujet, c'est en se fondant sur une expérience de 60 cas , que seront recherchées les clefs d'interprétation des problèmes posés et leurs solutions possibles.

Les réinterventions (REDO) sont certainement plus complexes au niveau technique que les interventions primaires. Elles requièrent souvent un recours aux greffes osseuses, à certaines techniques spéciales (osteotomies localisées) et nécessitent parfois l'intégration d'artifices auxiliaires et complémentaires sur les tissus mous, sur la mandibule et le nez.

Georges Rozencweig

## Collage indirect par colle thermodurcissable : déléguer, mais garder le contrôle du positionnement des attaches

Le collage indirect est une méthode de choix pour réaliser un positionnement précis des attaches. Les procédures de pré-encollage permettent en plus de réaliser en bouche des collages soignés.

Cette séance, consacrée au collage indirect, se fixe pour objectif de montrer, pas à pas, les étapes du positionnement des attaches orthodontiques sur des moulages, la confection d'une gouttière silicone de positionnement et le transfert du collage indirect en bouche. Ceci, pour permettre à l'assistante de réaliser ce travail au laboratoire, et d'apporter une aide efficace au praticien, lors de l'étape clinique.

Les attaches sont ici préencollées avec une colle thermodurcissable, ce qui permet au praticien de déléguer son travail de positionnement, mais de garder la main sur le choix final de la position des attaches.

Marie-Charlotte Mano

## Présentation des produits de collage

La maîtrise de l'étape de collage se révèle décisive dans notre pratique clinique. La diversité des produits disponibles en orthodontie oblige à un état des lieux régulier des systèmes de collage. Les résines composites, associées à des systèmes adhésifs hydrophobes ou hydrocompatibles, et les ciments verres ionomères modifiés par adjonction de résine représentent les deux grandes familles de colle utilisée par les professionnels. Elles se déclinent, selon les variations de leur composition, en un panel de produits dont il est parfois difficile d'en appréhender les nuances.

L'évolution historique de la composition des différents matériaux, la connaissance des paramètres fondamentaux de l'adhésion et une terminologie détaillée apportent un premier éclairage.

Chaque système de collage répond à des impératifs cliniques spécifiques. Une description de leur mode d'adhésion, composition, avantages et inconvénients sera présentée dans un second temps.

Mots clés : adhésion, émail, collage, adhésifs, ciments verres ionomères modifiés par adjonction de résine, orthodontie.



Vendredi, 29 Mai Salle Artois

Sahra Medhi

## La préparation amélaire

La préparation de l'émail consiste en une élimination de la pellicule acquise exogène et création d'un micro-relief nécessaire à la pénétration du produit de collage.

Celle-ci est le plus souvent assurée par un mordançage avec de l'acide orthophosphorique à 37%. De nombreuses études ont permis de déterminer le mode d'action de cet acide sur l'émail ainsi que le protocole clinique aboutissant à un collage optimal. Cependant, son utilisation est de plus en plus contestée puisque même s'il autorise un collage permettant d'appliquer des forces importantes sur les dents, les praticiens sont de plus en plus soucieux de préserver l'intégrité de l'organe dentaire. Il a en effet été constaté des dommages irréversibles sur l'émail suite au mordançage du fait de l'attaque acide. De plus, lors du décollement des attaches, une part non négligeable d'émail est définitivement perdue.

D'autres techniques de préparation amélaire ont donc été développées pour tenter d'aboutir à un état de surface compatible avec un collage efficace tout en préservant au maximum l'émail.

L'un des moyens proposés est le sablage amélaire. Cette technique basée sur la théorie de l'énergie cinétique consiste à envoyer à haute pression des particules d'oxyde d'alumine calibrées (29Ìm) mélangées à de l'eau, le tout étant propulsé par de l'air comprimé.

L'objet de notre exposé est en premier lieu de présenter les effets néfastes des agents mordançants ; nous montrerons par la suite l'influence des différents paramètres de sablage sur l'état de surface de l'émail et sur l'adhésion des attaches. Nous comparerons, enfin, les forces d'adhésion obtenues avec un collage au CVIMAR pour différentes préparations de l'émail :

- un mordançage avec de l'acide orthophosphorique à 37%,
- un nettoyage avec une brossette,
- un sablage réalisé selon différents paramètres de temps et de pression.

Les résultats obtenus selon ces différentes études indiquent que le sablage amélaire constitue une alternative crédible à la préparation par mordançage tout en étant plus respectueuse de l'épaisseur d'émail à condition de respecter le protocole et d'utiliser la colle adéquate.

Nadine Massard

## Le rôle de l'assistante : collage à quatre mains

Dans notre cabinet, nous pratiquons différentes techniques de collage qui sont toujours mises en place à quatre mains.

Le praticien et l'assistante font une seule et même équipe, ce qui implique que chaque poste a sa part de responsabilité et de contrôle nécessaire au succès de l'acte. S'il incombe au praticien de choisir la technique de collage, le rôle de l'assistante est de les connaître et de s'adapter à la situation du patient. Comme le rôle de l'assistante est préliminaire au collage, elle doit anticiper afin de préparer les protocoles les plus indiqués.

La gestuelle à quatre mains consiste en une succession de gestes simples et précis où l'harmonie est la clef du succès. Le collage se termine par la photopolymérisation qui est effectuée par l'assistante pendant que le praticien prépare l'arc. Si le travail à quatre mains s'arrête ici, le rôle de l'assistante continue avec le patient pour lui donner les conseils d'hygiène et régler la partie administrative.

Philippe Pellerin

## Protocole de prise en charge des fentes naso-labio-palatines bilaterales totale dans l'équipe du CHRU de Lille

Notre équipe suit un total de 364 patients pris en charge pour une fente labio narinaire bilatérale, toutes variétés anatomiques confondues.

Depuis 1986, les enfants sont opérés en période néonatale avec réparation labio narinaire bilatérale simultanée en un temps selon une technique de double avancée rotation : le lambellule fournit le lambeau médian pour le phyltrum et deux lambeaux pour reconstruire les seuils narinaires, les berges externes un lambeau triangulaire myocutané le mouvement des tissus réalisant une double avancée rotation. Plus que les tracés cutanés, c'est la réparation fonctionnelle des muscles, les deux contingents droits et gauches réinsérés l'un à l'autre à travers du et au frein de la lèvre respecté lors de la dissection vont redonner une fonction normale.

C'est à cette fonction musculaire que l'on va demander la réduction du déplacement du pre-maxillaire dont l'alignement antero-postérieur va se faire naturellement et spontanément en deux à trois semaines, le décalage vertical se corrige en général en quatre à six mois.

Nous réparons le palais dur et le palais mou à l'âge de dix mois en une fois.

S'il persiste une communication bucco-nasale gênante, elle est réparée vers cinq ans, si persiste une I.V.P., elle est traitée par sphynctéroplastie, éventuellement en même temps que l'I.V.P.

Nous illustrons notre propos par la présentation de 17 cas de fente bilatérale totale non syndromique traités selon ce protocole avec un suivi compris entre 22 et 14 ans.



Vendredi, 29 Mai Salle Artois

Béatrice Morand

## Cheiloplastie primaire en un temps après repositionnement orthopédique du prémaxillaire

Au sein des diverses formes anatomocliniques, la fente labio-maxillo-palatine bilatérale est la plus rare mais aussi la plus grave en raison de la désolidarisation des structures maxillaires et des perturbations sévères qu'elle confère au développement du tiers médian facial.

Le traitement poursuit un double objectif unanimement reconnu : réhabiliter la forme et restituer les fonctions. En revanche, le consensus en ce qui concerne le calendrier thérapeutique et la chronologie des actes opératoires est loin d'être acquis.

Nous présentons une série de 20 patients traités selon un protocole mis en place en 1995, comprenant un temps orthopédique d'alignement du prémaxillaire réalisé au cours du 2ème mois, une adhésion labiale associée à une staphylorraphie à 3 mois et une cheilo-rhino-uranoplastie bilatérale avec greffe périostée en un temps à six mois.

Les résultats morphologiques, occlusaux, l'ossification et l'étanchéité palatine ont été évalués par l'examen clinique, l'étude des photos, des moulages des arcades dentaires et de l'imagerie.

L'analyse des résultats à moyen terme encourage les auteurs à poursuivre la prise en charge de ces enfants selon ce protocole, en sachant que seule une évaluation à long terme pourra confirmer les avantages de ce protocole.

Marie Arnoldi

## La prise en charge orthophonique

Malgré la précocité et l'efficacité de la chirurgie réparatrice, les fentes faciales bilatérales restent potentiellement génératrices de troubles phonatoires.

C'est ainsi que, depuis trois décennies, les chirurgiens du C.H.R.U de Lille ont souhaité la collaboration d'orthophonistes au sein de leur équipe dès le début de la prise en charge car le résultat final de leur travail est, en partie, étroitement lié à la qualité de la parole de leurs patients.

Le rôle de l'orthophoniste auprès de l'enfant et de sa famille évoluera au cours du temps :

- Accompagnement parental
- Surveillance de l'acquisition du langage
- Surveillance du montage articulatoire et de la qualité phonétique
- Surveillance de la qualité vocale

Parallèlement, s'instaurera un dialogue avec les autres professionnels de l'équipe pluridisciplinaire : chirurgien, O.R.L, orthodontiste, psychologue…

Les évaluations régulières permettront, au besoin, de mettre en place une prise en charge rééducative dès l'apparition des troubles qui tiendra compte des priorités thérapeutiques du chirurgien et de l'orthodontiste. Il sera en particulier nécessaire que l'orthodontiste et l'orthophoniste collaborent afin d'harmoniser leurs actions.

## Guillaume Lecocq

### Etude filmée du collage

Le collage des attaches est, après le diagnostic, l'acte le plus important en orthodontie car par la précision du positionnement et la force de l'adhésion obtenue, il assure la qualité de la finition du traitement et la tranquillité du praticien et du patient au cours du traitement.

Par une illustration filmée, le rôle de l'assistante dentaire, au cours des collages direct et indirect, sera étudié, étape par étape, en temps réel, de la phase préparatoire (étude des axes dentaires, préparation des modèles, préparation du matériel) à la phase clinique (assistance du praticien, travail à 4 mains).

## Catherine Lesne

### Bilan dentaire et perspectives

Ce sujet impose tout d'abord une présentation de la fente bilatérale, avec sa prévalence, ses différentes formes, et son degré de gravité. L'évocation de l'évolution des fragments maxillaires et des germes dentaires qu'ils contiennent, avec un descriptif attentif, de la forme, du nombre, de la position de ces derniers, déterminera les choix et les orientations des futurs traitements. La singularité de chaque fente bilatérale montre combien il est utile pour un orthodontiste, d'en connaître l'historique afin de réaliser un traitement le plus adapté possible.

## Guy Pindi

### Interception et fentes bilatérales, la prise en charge lilloise

Les fentes bilatérales représentent une forme plus ou moins grave de fentes labio-alvéolo-palatines. Leurs conséquences esthétiques, fonctionnelles et psychologiques sont dommageables dans bien des situations. C'est ainsi que, dans le cadre d'une prise en charge interdisciplinaire, une thérapeutique orthopédique et/ou orthodontique précoce s'avère judicieuse.

Ainsi, après avoir rappelé les caractéristiques dento-maxillaires des patients ayant des séquelles de fentes bilatérales, nous verrons, à travers quelques cas cliniques, l'interception des dysmorphoses liées à ces affections dans le cadre du calendrier thérapeutique lillois.

## Valentin Lesne

### La prise en charge orthodontique des fentes bilatérales

La prise en charge orthodontique des fentes bilatérales concerne trois points : la correction du sens transversal qui est exceptionnellement chirurgicale, la correction du secteur incisif qui est particulièrement atteint dans les cas de fentes, et la correction du sens sagittal qui implique des compromis, mais qui dérive souvent vers des ostéotomies d'avancée maxillaire. Le maintien de ces corrections est assuré par une contention classique dans le meilleur des cas, ou par une reconstitution prothétique.

## Valentin Lesne et Béatrice Morand

### La prise en charge orthodontico-chirurgicale

La qualité de la chirurgie primaire ne se mesure plus au faible taux d'ostéotomies en fin de croissance. Les exigences esthétiques plus strictes font que les compromis sont moins bien acceptés.

La retromaxillie est fréquente dans les séquelles de fentes et deux procédés sont envisageables :

- la distraction ostéogénique du maxillaire est une chirurgie interceptive qui a l'avantage de pouvoir être réalisée chez le patient en phase de croissance en cas de décalages maxillo-mandibulaires importants.
- l'ostéotomie maxillaire ou bimaxillaire terminale permet d'harmoniser la position des bases osseuses en fin de croissance.

Une préparation orthodontique est, bien entendu, indispensable quel que soit le protocole envisagé.

Jean-Paul Ringard

## La basse friction, un gage de non extractions ? Discussion clinique

Certaines présentations semblent faire penser que n'importe quel encombrement, traité en basse friction, peut être réalisé sans extractions. S'appuyant sur des exemples cliniques, l'auteur montre que l'expansion «fonctionnelle» a ses limites, et que, si l'emploi de ces nouvelles techniques recule effectivement le seuil des extractions, un diagnostic précis nous conduira, raisonnablement, à toujours devoir les envisager.

Anissa Kadrine Hammoumi

## La coopération entre orthodontie et implantologie

Les implants ostéointégrés connaissent des succès de longue durée dans la réhabilitation buccodentaire des patients totalement édentés. L'orthodontie de l'adulte tend également à se développer de façon significative. Un traitement orthodontique ne peut se concevoir sans la notion d'ancrage. Cet ancrage peut être difficile à obtenir dans certaines situations cliniques lorsque les dents clés sont absentes. L'utilisation des forces extra-orales impose une coopération contraignante pour le patient.

Aussi, une unité d'ancrage intraorale peut permettre un déplacement dentaire et rendrait service à l'orthodontie. L'orthodontie a des services à rendre à l'implantologie. En effet, elle permet le redressement des axes des dents voisines des sites d'extraction et ménage un espace suffisant pour la mise en place d'un implant. Ainsi, la coopération entre orthodontie et implantologie reste importante.



Vendredi, 29 Mai Amphithéâtre Eurotop

Joseph Samba Diouf

## Morphologie sagittale d'une population sénégalaise : intérêt d'une approche téléradiographique basée sur les entités trigéminales

Chaque groupe ethnique présente des caractères morphologiques qui lui sont propres. Les analyses céphalométriques classiques basées sur l'utilisation de points anatomiques et la construction d'un réseau de plans et lignes ont montré leurs limites.

L'objectif de ce travail était de déterminer les caractéristiques morphologiques d'une population sénégalaise en se basant sur une analyse céphalométrique originale utilisant comme repères les points d'émergence du nerf trijumeau.

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive portant sur 105 téléradiographies de profil de patients sénégalais âgés entre 6 et 26 ans. Les points utilisés correspondent aux orifices d'entrées ou d'émergences osseuses des 3 branches sensitives du nerf trijumeau (TO, TGR, ESO, TSO, CPA, IM, Tm,). Les plans et lignes sont ceux proposés par Danguy et Crocquet.

Les données recueillies montrent un prognathisme maxillaire élevé avec une prédominance de classe II squelettique, accompagné d'une biprotrusion incisive et d'une hyperdivergence faciale. Trois principaux groupes typologiques sont identifiés au sein de cette population.

Ces particularités faciales morphologiques et typologiques doivent être prises en compte lors du diagnostic et de l'établissement du plan de traitement.

Mots clés : trijumeau, céphalométrie, sénégalais.

Marius Dumitrache

## Les mini-vis : modélisation de la région molaire maxillaire à l'aide du NewTom 3G®

Les images volumétriques de 58 patients, indemnes de toute pathologie, âgés de 12 ans à 48 ans, ont été acquises par technique tomographique à faisceaux coniques à l'aide du NewTom 3G®. L'épaisseur osseuse mésio-distale et la profondeur osseuse vestibulo-linguale ont été mesurées pour les espaces inter-radiculaires entre la première molaire et la seconde prémolaire d'une part et entre la première et la seconde molaire d'autre part. Ceci nous a permis d'obtenir une vue quadridimensionnelle du volume osseux vestibulaire entourant la première molaire maxillaire au niveau de la gencive attachée. Cette cartographie anatomique pourra être utilisée par l'orthodontiste comme critère de choix de la minivis et pourra assister le chirurgien lors du geste opératoire.

Mots clés : mini-vis, tomographie à faisceaux coniques, cartographie anatomique, première molaire maxillaire.

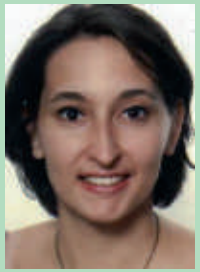
Yves Bolender

## Caractérisation des fils orthodontiques à base de nickel-titane

Les fils à base de nickel-titane sont largement utilisés en orthodontie en raison d'une propriété remarquable qu'on leur prête : la superélasticité. Le but de ce travail a été, d'une part, de vérifier les dimensions en section de dix types de fils maxillaires préformés à base de nickel-titane de section nominale .018x 0.25 in., et, d'autre part, de définir leur comportement en torsion à différentes températures (20°C, 35°C et 55°C).

La quasi-totalité des arcs testés s'est avérée sous-dimensionnée tant en épaisseur (-3,4%) qu'en largeur (-1,8%). Le jeu résultant de ce sous-dimensionnement peut ainsi atteindre une valeur double (+/-4,7°) du jeu théorique (+/-2,3°) prévu pour une attache de .018 in. Les fils délivrent des moments d'intensité croissante selon la température. La plupart des fils de notre échantillonnage ne possèdent pas en torsion de propriétés superélastiques à la température buccale moyenne (35°C). Seuls les fils Copper NiTi 35°C® et 40°C® échappent à cette règle.

Mot clés : fil orthodontique, alliage, nickel, titane, mesure, propriétés mécaniques, torsion, élasticité.



Kerstin Gritsch

## Biointégration des mini-vis orthodontiques : comparaison de deux systèmes chez l'animal

L'objectif de cette étude est de comparer la biofonctionnalité de deux systèmes de mini-vis orthodontiques, en acier chirurgical et en alliage de titane, mis en œuvre dans des conditions cliniques, chez l'animal.

Description du matériel.

Les deux systèmes comparés sont des mini-vis en acier chirurgical (LEONE/Odontec), et des minivis en Ti6AL4V (AbsoAnchor/Dental Force), chez le porc.

Pour chaque système, deux dispositifs sont reliés à un boitier par des ressorts NiTi. La réaction tissulaire (mobilité, inflammation gingivale, paramètres osseux 2D et 3D) est analysée cliniquement, histologiquement et par microtomographie.

Il n'y a pas de différence significative entre les deux systèmes. En revanche, les dispositifs en acier chirurgical présentent un plus fort taux de survie à 12 semaines.

Compte tenu du risque de relargage d'ions aluminium et vanadium des dispositifs en Ti6AL4V, en présence de bain de bouche fluoré 1-3, les dispositifs en acier chirurgical sont à utiliser préférentiellement.

Mots clés : mini-vis, acier chirurgical, Ti6Al4V, biointégration.



Vendredi, 29 Mai Amphithéâtre Eurotop

Brigitte Grosgogeat

## Biomateriaux et orthodontie : recherches appliquees aux problematiques cliniques

Des liens étroits entre l'Unité Fonctionnelle d'ODF du Service de Consultations et de Traitements Dentaires de Lyon et un laboratoire spécialisé en matériaux ont permis d'évaluer la biocompatibilité et la biofonctionnalité de dispositifs. Plusieurs axes de recherche ont été explorés. Les matériels et méthodes sont respectivement décrits dans différentes publications. Il a été mis en évidence de l'influence des bains de bouche fluorés sur la corrosion des fils orthodontiques. Il est démontré que la stérilisation ne modifie pas les coefficients de frottements fils/boitiers. Les nouvelles lampes à photopolymériser permettent d'obtenir un collage des attaches très satisfaisant. Une étude sur la biointégration de minivis démontre, par analyses histologiques et en microtomographie, l'intérêt de l'acier chirurgical pour ce type d'application. En conclusion, nous pouvons dire que la recherche en odontologie et plus particulièrement en ODF doit être poursuivie par la mise en place d'une forte collaboration clinique/recherche.

Mots clés : orthodontie, corrosion, biocompatibilité, collage, stérilisation.

Sandrine Elhage Sebille

## Orthèse d'avancement mandibulaire : une solution thérapeutique du syndrome d'apnées obstructives du sommeil

Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil est une pathologie fréquente dans la population générale. Elle est définie par un index d'apnées-hypopnées, pathologique si supérieur à 10.

Pour un index supérieur à 30, le traitement de référence reste la pression positive continue. Une solution alternative, la gouttière d'avancement mandibulaire, est préconisée en cas d'échec de la ventilation ou pour un index d'apnées-hypopnées pathologique mais inférieur à 30.

Les conditions de délivrance fonction du bilan stomatologique à la recherche d'une rétromandibulie ou birétromaxillie, la surveillance de la gouttière et l'intérêt de celle-ci seront évoquées.

Mots clés : syndrome d'apnées obstructives du sommeil, pression positive continue, gouttière d'avancement mandibulaire, rétromandibulie.

Mohammad-Ali Khamaktchian

## Utilisation d'un implant trans-zygomatique comme pilier orthodontique et pilier pour une rehabilitation mixte

Patiente de 28 ans présentant une dysharmonie dento-maxillaire avec encombrement antérieur, absence des molaires 26 et 27 et une résorption osseuse très importante au niveau des extractions.

Vu l'absence de pilier postérieur pour réaliser un traitement d'orthodontie, un implant zygomatique a été utilisé comme ancrage orthodontique.

Après le temps d'intégration de deux mois, un dispositif a été construit sur base d'un abutment multi-unite avec attachement orthodontique sur la face vestibulaire et sur l'appareil fixe supérieur. La durée de traction sur l'implant zygomatique a été de douze mois.

En fin de traitement, un bridge mixte dento-implanto-porté a été placé sur l'implant zygomatique et la dent 25.

François Frindel

## C'est bien le bas qu'il faut descendre !

L'auteur souhaite présenter ici comment déceler cliniquement le siège de la supraclusion incisive en attirant l'attention de l'auditeur sur ce qu'il appelle «la vague des dents inférieures». Il complète ce premier diagnostic par un rappel très bref de son système d'appréciation proportionnée individuelle d'analyse du positionnement des incisives maxillaires dans le visage, grâce à sa méthode utilisant deux compas d'analyse : celui du nombre d'or ( NODS ) et celui de la CSI.

Il en déduit les orientations cliniques nécessaires, et présente la différence de résultats sur quelques cas où la supraclusion a précisément été corrigée dans l'optique supplémentaire d'un équilibre esthétique du sourire, et d'autres non.

Mots clés : supraclusie, sourire, esthétique, nombre d'or



Vendredi, 29 Mai Amphithéâtre Eurotop

Edouard Decrucq

## Genèse de la supraclusion

Nous sommes bien souvent confrontés à des supraclusions lors de traitements orthodontiques. La supraclusion est reconnue pour être une des anomalies les plus récidivantes. De nombreux auteurs ont donné des possibilités thérapeutiques différentes. Dans cet exposé, nous mettrons en évidence différentes étiologies.

En effet, les patients sont souvent porteurs de classe squelettique II. La mise en place des dents sur l'arcade se fait toujours de l'avant vers l'arrière. Les incisives mandibulaires cherchent le contact avec leurs homologues maxillaires alors que la descente du rebord incisif maxillaire est gérée par la proprioception de la lèvre inférieure et le bord incisal des incisives mandibulaires.

Ainsi, dans cette présentation, nous décrirons les différents facteurs qui permettent la mise en place de l'organe de préhension. Ceci nous amènera à évaluer la position verticale des incisives avec les suites thérapeutiques à donner.

Yassir El Jabri

## Plaidoyer pour le traitement des supraclusions

Le traitement des supraclusions doit être adapté à leurs étiologies. Il peut y avoir une supra-alvéolie incisive maxillaire lorsque le rebord incisif maxillaire n'est pas contrôlé par la proprioception de la musculature labiale. Il s'agit d'une anomalie que l'on retrouve dans certains cas de classe II division 2.

En revanche, on est plus souvent confronté à des anomalies de type supra-alvéolie incisive mandibulaire ou encore des anomalies de type infra-alvéolie molaire. Après une évaluation diagnostique, nous proposerons des solutions thérapeutiques en fonction des différentes étiologies.

Elie Callabe

## Traitement des grands décalages de Classe II. Transformer une Classe II à croissance défavorable en Classe I à croissance harmonieuse et esthétique.Intérêt du PUL « Propulseur Universel Light ».

Après la description du PUL, nous présenterons différents types de traitement de cas cliniques :

- Classe II dolychofaciale ou hyperdivergente à multi déficience fonctionnelle: rétablir les fonctions (mastication, respiration, déglutition) et améliorer la croissance faciale. Transformer la Classe II à croissance défavorable et inésthétique en croissance.
- Classe II brachyfaciale ou hypodivergente : concept de la propulsion et désocclusion postérieure induisant une neutralisation temporaire des forces masticatrices occlusales et une correction rapide de la classe II avec égression naturelle des molaires.
- Classe II difficile interceptée et simplifiée grâce au PUL multiaction :
  - Classe II asymétrique,
  - Classe II « scissors bite »
  - Classe II avec canines incluses

Les objectifs sont de transformer la Classe II difficile à croissance défavorable en une Classe I simple sans extractions à croissance favorable.

Stéphan Valero

## La bielle contre resistance – biomécanique et applications

L'utilisation des bielles d'hyperpropulsion pour la correction des rétromandibulies favorise l'aggravation des versions vestibulaires des incisives inférieures.

La bielle contre résistance est une bielle sans propulsion forcée, qui stimule les mouvements mandibulaires volontaires, et qui génère une résistance lors de ces mouvements, grâce à un système mécanique de rappel.

La bielle contre résistance permet d'obtenir avec le même appareil et dans le même temps thérapeutique, une correction orthopédique optimale de la classe 2 et un repositionnement de l'axe incisif inférieur compris entre 7 et 10°, comme le montrent les télécranes de profil étudiés.

Mots clés : therapeutique orthodontique, traitement anomalies squelettiques, traitement anomalies dentaires, traitement fonctionnel, appareil fonctionnel, activateur, hyperpropulseur, mouvement lateralite, version.

Philippe Harb

## De rotation condylien physiologique relation centrée et axes charnières fonctionnels par infographie et animation 3 D.

Après un historique des différents concepts de la Relation Centrée et à l'aide de l'infographie et l'animation 3D, nous mettons en évidence les axes charnières d'origine (axes correspondant à la relation centrée fonctionnelle), puis les axes charnières du déplacement condylien mandibulaire physiologiques.

A partir de ce postulat nous précisons l'espace de rotation condylien physiologique dans lequel nous recherchons la relation centrée "fonctionnelle" (RCF). Cette RCF est définie après un diagnostic morpho-fonctionnel et à l'aide de repères positionnels et fonctionnels.

C'est dans cet espace de rotation et selon les « événements qui s'y produisent » que les déplacements de la dynamique mandibulaire « débutent et se terminent » de façon physiologique, « adaptative » ou pathologique. Dans cet exposé, nous nous limiterons aux événements physiologiques.

Mots clés : animation 3D, axes charnières de déplacement, espace de rotation condylien physiologique, relation centrée fonctionnelle, diagnostic morpho-fonctionnel.

Pierre Bouletreau

## Contraction mandibulaire et correction des anomalies squelettiques transversales

Les anomalies squelettiques de sens transversal sont liées dans l'immense majorité des cas à une endognathie maxillaire, et beaucoup plus rarement à une exognathie maxillaire (Syndrome de Brödie) ou à une anomalie transversale d'origine mandibulaire (micromandibulies…). Les techniques classiques de correction des endognathies maxillaires sont orthodontiques pures (arc d'expansion maxillaire, disjoncteur palatin), orthodontico-chirurgicales (disjonctions intermaxillaires orthopédico-chirurgicales), ou chirurgicales (expansion maxillaire au cours d'une ostéotomie de Lefort I). Nous présentons ici une technique chirurgicale nommée « Contraction mandibulaire » qui permet de corriger les anomalies squelettiques transversales maxillo-mandibulaires sans réaliser d'expansion maxillaire. La technique chirurgicale est décrite et ses indications sont discutées.

## Jean-Paul Loreille

### Données actuelles sur le V.I.H. et les risques de contamination au cabinet d'orthodontie

Tout praticien est exposé à recevoir parmi ses patients un sujet infecté par le VIH, le virus du SIDA. L'expérience montre que si certains malades nous informent honnêtement de leur maladie, d'autres n'en font pas état

Sur cette maladie plusieurs questions se posent :

Qu'est-ce qu'un rétrovirus ?

Comment fonctionne et quel est la particularité du matériel génétique et des quelques protéines du VIH ?

Quel est le cycle de réplication du VIH ?

Nous verrons le mécanisme de l'infection car le virus n'infecte que les cellules qui portent certains récepteurs.

Le VIH subit des mutations génétiques extrêmement rapidement. Chaque VIH présente au moins une différence avec son parent, ce qui a rendu jusqu'ici la mise au point d'un vaccin impossible.

La contamination se fait par les liquides biologiques mais le VIH ne se transmet pas par la salive, donc a priori, les odontologistes ne seraient exposés à aucun risque si la moindre plaie de la muqueuse buccale n'entraînait pas des saignements minimes mais suffisants vu la densité du virus dans le sang. La présence de bagues, de fils, de gingivite hypertrophique provoque de tels petits saignements. Le port de gants en latex est-il suffisant pour créer une barrière au VIH ? Théoriquement oui, si aucun fil métallique, l'extrémité d'un fil à ligature ne suffisait pas à le percer.

La littérature ne révèle que deux cas de contamination d'odontologistes. Mais il faut garder à l'esprit que le SIDA reste une maladie incurable, les traitements les plus récents prolongent la vie des sujets atteints mais ne les guérissent pas.

Au 30 novembre 2008, 30.000 malades vivaient en France.

## Jacques Honoré

## Hugues Lawniczak

### Fonctions oro-faciales, posture, représentations spatiales.

Comme la stimulation otolithique unilatérale, la vibration d'un muscle peut entraîner une réponse posturale. De telles afférences impliquées dans le contrôle postural contribuent aussi à l'élaboration de représentations spatiales. Qu'en est-il des afférences mandibulaires ? Si la clinique suggère une influence sur le port de tête, lequel conditionne la posture générale, peu de données expérimentales étayent ces vues. Notre équipe a tenté d'évaluer le poids des afférences manducatrices dans la régulation posturale en modélisant, chez le sujet sain, certaines dysfonctions d'expression transverse. Les données montrent une incidence de stimulations asymétriques (mastication, morsure) sur la posture (statique et dynamique) ; elles suggèrent de plus une influence sur la représentation de l'orientation du corps. Obtenus dans un contexte d'appauvrissement sensoriel, ces effets confortent la notion que les conséquences posturales d'une dysfonction oro-faciale dépendent des anomalies associées.

Mots-clés : afférences manducatrices, posture, représentations spatiales, dysfonctions oro-faciales.

## Marc-Gérald Choukroun

### Aspects psychanalytiques de la douleur

La douleur est la plupart du temps traitée comme un phénomène neurologique et la réponse consiste essentiellement dans la prescription d'antalgiques. Or, la douleur n'est qu'un terme vague pour notre patient qui attribue derrière ce mot des émotions et des événements.

La psychanalyse nous apprend à écouter derrière la douleur une situation humaine qui met en jeu des événements de vie, ou parfois met en question la relation thérapeutique elle-même. L'abord clinique consiste donc à décoder ce qui se cache derrière la douleur et aider le patient à gérer sa problématique. On constate notamment que certains patients peuvent avoir mal physiquement du fait des pressions radiculaires, mais assument parfaitement la douleur. D'autres non, pourquoi ?

## Daniel Chillès

### Les vis corticales courtes placées en fond de vestibule : un système d'ancrage squelettique temporaire simple, fiable et polyvalent

La mise en place de vis corticales courtes en fond de vestibule évite la nécessité de devoir trouver un os spongieux correct sous une gencive attachée. Elle est toujours réalisable et les ancrages osseux obtenus sont extrêmement fiables.

L'acte chirurgical est simple et rapide à réaliser car il ne nécessite ni lambeau, ni sutures. Il est quasiment sans risque et entraîne peu de suites opératoires.

La mécanique est choisie parmi quatre systèmes appelés respectivement CLO, CTO, CT8-1 et CT8-2 en fonction du matériau utilisé et du nombre de contrôles directionnels obtenus, de 1D à deux fois 3D.

Il est alors possible de déplacer dans les trois directions de l'espace une dent, un groupe de dent ou toute une arcade en prenant simplement appui sur une ou deux vis enfouies.

## Stéphane Renger

### Les ancrages squelettiques temporaires en pratique quotidienne

A ce jour, l'intérêt de l'usage des ancrages squelettiques temporaires en orthodontie est universellement admis.

Il est vrai que ce moyen d'ancrage intra-osseux offre de nombreux avantages (plus petit ancrage existant, point d'appui efficace extra-dentaire, biomécanique proche du centre de résistance des éléments dentaires à déplacer, nouvelles possibilités thérapeutiques).

Cependant, l'usage de ce type d'outils doit rester simple (dans son emploi chirurgical ou orthodontique) et confortable (pour le patient et pour le praticien).

L'objectif de cette présentation est de montrer, parmi l'éventail des systèmes d'ancrages existants et l'exemple du système tomas@, comment intégrer cet outil dans notre pratique quotidienne.

## Pascal Steichen

### Les secrets des équipes performantes

Diriger une ou plusieurs personnes (secrétaire, assistante, collaborateur…) suppose de maîtriser quelques notions de base de management pour : recruter du personnel compétent et adapté à votre structure ; licencier dans la dignité ; motiver, contrôler, former ; prévenir les conflits ; créer un esprit d'équipe positif, évoluer dans une ambiance sereine, motivante, agréable et performante. Du binôme praticien-assistante au gros cabinet de groupe, les relations humaines sont un facteur déterminant de la performance : travailler dans une ambiance agréable ou dans une tension relationnelle permanente influence la qualité et la quantité de travail.

Mots clés : management, assistante, personnel, motivation, leadership, recrutement, relations humaines, équipe.

## Olivier Liard

### Greffe de cellules souches neurales adultes et pontage d'une perte de substance nerveuse. Etude sur le modele porcin.

Les pertes de substance nerveuse longues posent le problème de l'absence d'alternative aux greffes nerveuses autologues. Parallèlement, le développement de neuroguides d'une part, et les avancées sur les cellules souches d'autre part, constituent un espoir en matière de thérapie cellulaire. Notre étude chez le modèle porcin porte sur le pontage de perte de substance nerveuse par un neuroguide contenant des cellules souches neurales adultes (CSNs).

Matériels et méthode : (n=18) ; recherche de la localisation des niches de neurogénèse chez le porc adulte (Nissl, Ki67, DCX) ; essai de production de CSNs adultes par le « neurospheres assay » ; marquage des CSNs par BrdU et LV-GFP ; ensemencement de veines par les CSNs adultes marquées ; pontage de pertes de substance nerveuse longues de 3 cm sur le nerf crural ; prélèvement du secteur ponté à J+10 et J+90, pour immunocytochimie.

Résultats : mise en évidence première de la niche de neurogénèse SVZ chez le porc adulte (Nissl, Ki67, DCX) confirmée par l'obtention in vitro de cellules souches neurales adultes (neurospheres assay). Le suivi des greffes à J+10 démontre la survie et intégration des CSNs, marquées BrdU et LV-GFP, avec apparition d'une différenciation en neurones immatures (DCX) ; à J+90, cette bonne intégration est confirmée avec la présence de neurones matures (NeuN).

Mots clés : cellules souches adultes, réparation, greffe, nerf, dent.

Monique Raberin

## Le relargage des appareils multi-attaches et les bains de bouche fluorés

De nombreuses études ont porté sur le risque de galvanisme buccal lié aux appareils orthodontiques. Certaines études ont notamment démontré que le couplage entre un boitier en acier inoxydable et un fil en nickel titane accélérait les processus de corrosion et ont insisté sur la nécessité d'entreprendre des recherches pour déterminer les risques de corrosion galvanique pouvant exister dans la cavité buccale.

Par ailleurs, il a été récemment mis en évidence que l'acidité du milieu et la présence d'ions fluorures joueraient un rôle très important sur des alliages NiTi.

Notre équipe de recherche s'est donc interrogée sur l'influence que pourrait avoir des produits fluorés tels que certains bains de bouche sur la résistance à la corrosion d'appareils multi-attaches et sur le relargage éventuel d'ions métalliques dans l'organisme. L'étude a porté sur la corrosion potentielle de deux bains de bouche sur 10 patients appareillés et sous prescription de bains de bouche, un groupe de patients utilisant un bain de bouche fluoré (Méridol®) et un autre bain de bouche non fluoré (Eludril®) utilisés pendant un mois de façon bi-quotidienne après la pose de l'appareil .

Deux prélèvements ont été effectués sur de la salive stimulée, le premier au temps t0 après la pose de l'appareil et avant la prescription du bain de bouche, et le second prélèvement un mois au temps t1 après une utilisation bi-quotidienne.

Les concentrations de Ni et de Cr ont été mesurées par spectrométrie d'émission atomique. Un mois après la pose de l'appareil multi-attaches, les arcs NiTi ont été déposés, l'arc mandibulaire a été analysé par Microscopie Electronique à Balayage (MEB), après métallisation sous vide d'air avec des atomes d'or.

Les concentrations en NiTi et en Cr n'ont pas varié entre t0 et t1. La prise de bain de bouche fluoré ne semble pas augmenter la présence de ces composants dans la salive. Aucun signe de corrosion n'a été observé suite à l'analyse par MEB sur les deux échantillons d'arcs des patients ayant utilisé les deux bains de bouche différents.

Pour valider ou invalider définitivement cette hypothèse, une étude sur un échantillon plus important sera nécessaire pour conclure à l'absence de relargage et de corrosion lors de l'utilisation du fluor, si précieux pour diminuer le risque cariogène, combiné aux alliages des appareils orthodontiques fixes.

Mots clés : corrosion, nickel, chrome, fluor, relargage.

Sarah Chauty

## Spécificités de la préparation chirurgicale dans la prise en charge des syndromes d'apnée obstructive du sommeil

De par sa prévalence et l'augmentation de l'obésité dans la société actuelle, le syndrome d'apnée obstructive du sommeil devient un véritable problème de santé publique. La gestion de cette pathologie nécessite une équipe pluridisciplinaire.

En raison de leurs compétences dans la réalisation des orthèses d'avancée mandibulaire et dans la préparation ortho-chirurgicale, la participation des orthodontistes dans la prise en charge tend à augmenter. L'objectif de cette chirurgie, qui a prouvé son efficacité depuis les années 70 dans la disparition de certains SAOS, est d'obtenir un dégagement des voies aériennes par avancée maxillaire (de type Lefort I) et/ou mandibulaire (de type Obwegeser Dalpont).

Cependant, la préparation orthodontique présente des spécificités propres par rapport à des chirurgies habituelles que nous exposerons à l'aide de cas cliniques.

Mots clés : syndrome d'apnée du sommeil, traitement ortho-chirurgical.

Cécile Pujol

## Jusqu'où l'orthodontie peut-elle aller dans la recherche de la normalité ?

La bouche représente un lieu particulier où de nombreuses croyances influencent nos rapports à celle-ci et où la symbolique est très forte.

Nous vivons actuellement dans une société de l'image où l'importance de la beauté est amplifiée.

Or, nous savons que le chirurgien dentiste et, en particulier, l'orthodontiste a la capacité de « reconstruire un sourire », et cette transformation esthétique aura d'importantes répercussions sur l'équilibre psychique, affectif et socioprofessionnel du patient. Nous savons que la bouche tient une place importante dans une reconnaissance sociale à un moment où la préoccupation esthétique devient une réalité collective.

Il nous a semblé intéressant de mener une réflexion éthique sur la place de l'orthodontie dans la recherche de la normalité. En effet, est-il légitime de se fixer des limites dans le soin de nos patients en sachant que tout traitement aura un impact psychologique et social sur ce dernier ?

Mots clés : orthodontie, éthique, esthétique.

Irina Nicoleta Zetu

## Anodontie versus surnuméraires

L'anodontie n'est plus une anomalie dentaire rare. Notre étude sur 2000 cas nous le démontre. Les auteurs présentent des cas rares comme l'anodontie totale (syndrome Mulvihill-Smith) ou l'aplasia exclusif des canines permanentes. Il sera discuté des problèmes liés au diagnostic et aux options à prendre dans la gestion d'un tel cas. L'expérience améliorée avec les implants et les techniques supplémentaires d'augmentation ont ouvert de nouvelles possibilités pour traiter les patients avec anodontie rare.

On insistera sur l'importance du traitement multidisciplinaire, essentiel pour un résultat à long terme satisfaisant.

La dent surnuméraire n'est plus une anomalie rare. Mais rares sont les cas de surnuméraires qui ont une apparition cyclique annuelle, comme dans le cas que nous présentons.

Etienne Labassy

## Utilisation de l'orthodontie dans les traitements parodontaux de l'adulte : vers de nouveaux paradigmes

L'orthodontie de l'adulte connaît un essor important et peut être indiquée pour résoudre un problème esthétique et/ou fonctionnel.

Elle peut traiter des malocclusions primaires ou secondaires consécutives à des migrations dentaires favorisées pour une altération du support parodontals des dents.

L'intervention évoquera à travers des cas cliniques simples et complexes utilisant en particulier des microvis pour assurer « un ancrage absolu » des exemples de déplacements dentaires provoqués, contribuant à la prévention et au traitement des maladies parodontales et s'inscrivant dans un projet pluridisciplinaire : orthodontie, parodontie et implantologie.

Elle ouvrira la voie à de nouveaux paradigmes du déplacement dentaire provoqué lorsque le parodonte est réduit.

Mots clés : orthodontie, parodontie, adulte, malocclusions, mini-vis, ancrage, pluridisciplinarité, nouveaux paradigmes.

Nizar Ketata

## Comment améliorer nos finitions ?

Afin de répondre à la question : comment améliorer nos finitions ? J'ai divisé ma présentation en deux chapitres :

- l'un théorique : avec toutes les données de la littérature actuelle,
- l'autre pratique.

L'étape de finition commence, et contrairement à ce que l'on croit, dès la première étape du traitement, c'est-à-dire lors du collage. Elle se poursuit d'ailleurs tout au long du traitement par le choix de la mécanique et des forces adaptées. Elle se terminera par une bonne coordination des arcs, des coups de pinces et une bonne intercuspidation.

Je parlerai ainsi dans cette partie du système auto ligaturant, des différents types d'arcs utilisés, des astuces employées et des données récentes en matière de nouvelles technologies.

Dans la seconde partie, une recherche clinique a été effectuée sur un échantillon bien représentatif. Grâce à la cotation du Board Américain, les moulages fin de traitement et post contention ont été notés. L' objectif de cette étude est d'évaluer la qualité de nos finitions au sein de la faculté de Toulouse, mais surtout, de retrouver les fautes les plus fréquentes, comprendre leurs origines et donner des solutions pour une meilleure finition.

Bien finir est l'objectif de tout orthodontiste. Mais s'est-on donné tous les moyens pour bien le faire ? Le progrès continuel nous dépasse parfois et nous devons nous adapter à la réalité. Et une chose est certaine, bien finir c'est toujours possible, mais encore faut-il comprendre comment.

Mots clés : finition, collage-recollage, intercuspidation, informatique, astuces.

du 13 au 16 mai 2010

# St Malo SFODF 2010

Palais des Congrès

82ème réunion scientifique

Président de session O. Sorel

Présidents d'honneur F. Guyomard D. Manière

Président scientifique A. Manière

www.sfodf.org

L'Orthodontiste, le Parodonte et l'A.T.M. : Objectif Qualité

sfodf Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale

**Kodak** Dental Systems

# L'innovation, à portée de main

**Système d'imagerie extra-orale KODAK 9000 3D**

**NOUVEAU :**

**disponible avec céphalométrie numérique**

Carestream Health

© Carestream Health, Inc., 2009.

Visitez www.my90003d.com
ou appelez le 00800 4567 7654